Garcia (9)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

REFLEXIONES

Sobre el tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos.

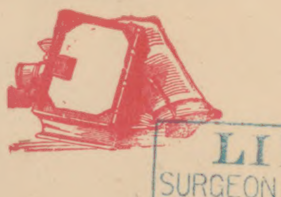


TESIS INAUGURAL

PRESENTADA AL JURADO CALIFICADOR POR

GERMAN GARCIA,

ALUMNO DE LA ESCUELA NACIONAL
DE MEDICINA Y PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL
GENERAL DE SAN ANDRÉS.



TOLUCA 1888.

Imprenta del Instituto.

Sr. Dr. José Bandera.
Presente.



FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

REFLEXIONES

Sobre el tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos.



TESIS INAUGURAL

PRESENTADA AL JURADO CALIFICADOR POR

GERMAN GARCIA,

ALUMNO DE LA ESCUELA NACIONAL
DE MEDICINA Y PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL
GENERAL DE SAN ANDRÉS.



TOLUCA: 1888.

Imprenta del Instituto.

Sr. Dr. José Bandera.

Sírvase Ud. aceptar la presen-
te como una prueba de admi-
racion y respeto del últi-
mo de sus discípulos

El autor.

México Setiembre 1o. de 1.888

A MI PADRE.

JUSTO TRIBUTO DE AMOR FILIAL.



A la sagrada memoria de mi madre.



Al distinguido y modesto Profesor de Clínica interna

Dr. Demetrio Mejía.



Al Sr. Dr. Ignacio Berrueco.





Al Sr. Ingeniero Joaquín M. Ramos.

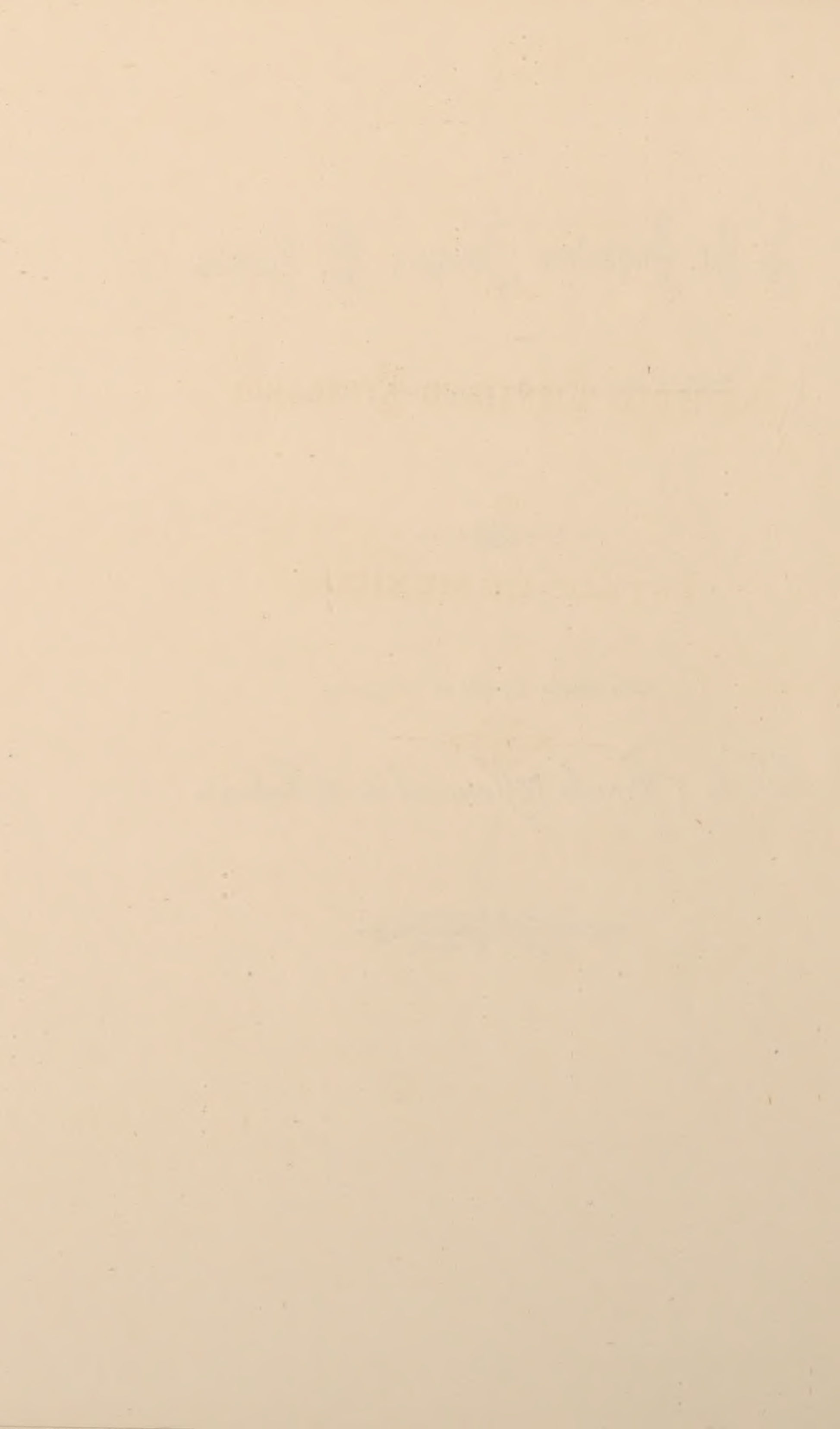
Débil muestra de gratitud y respeto.



Al ilustre Cuerpo de Profesores

De la Escuela Nacional de Medicina.





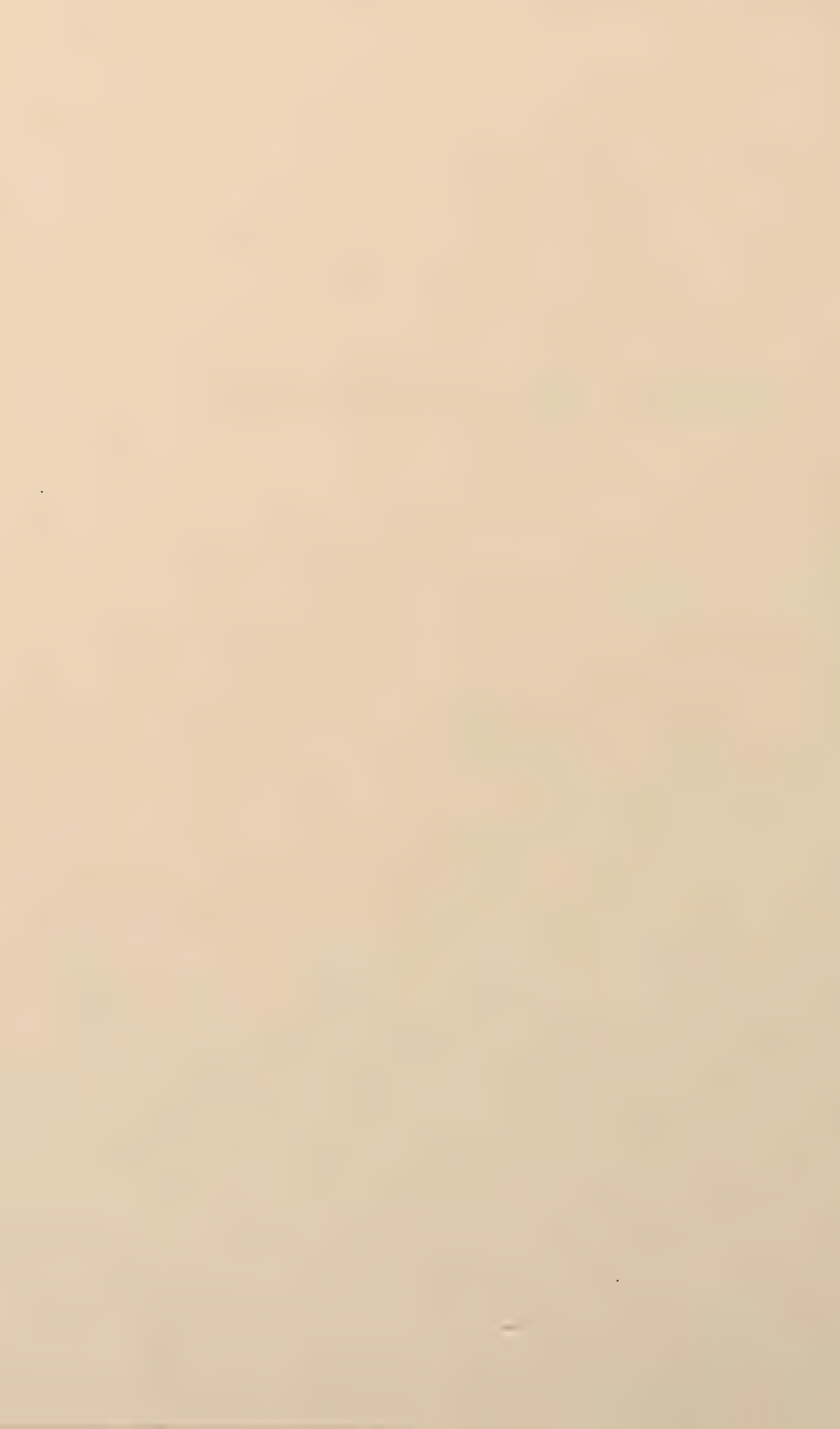
AL

INSTITUTO CIENTIFICO-LITERARIO

DEL

ESTADO DE MEXICO.

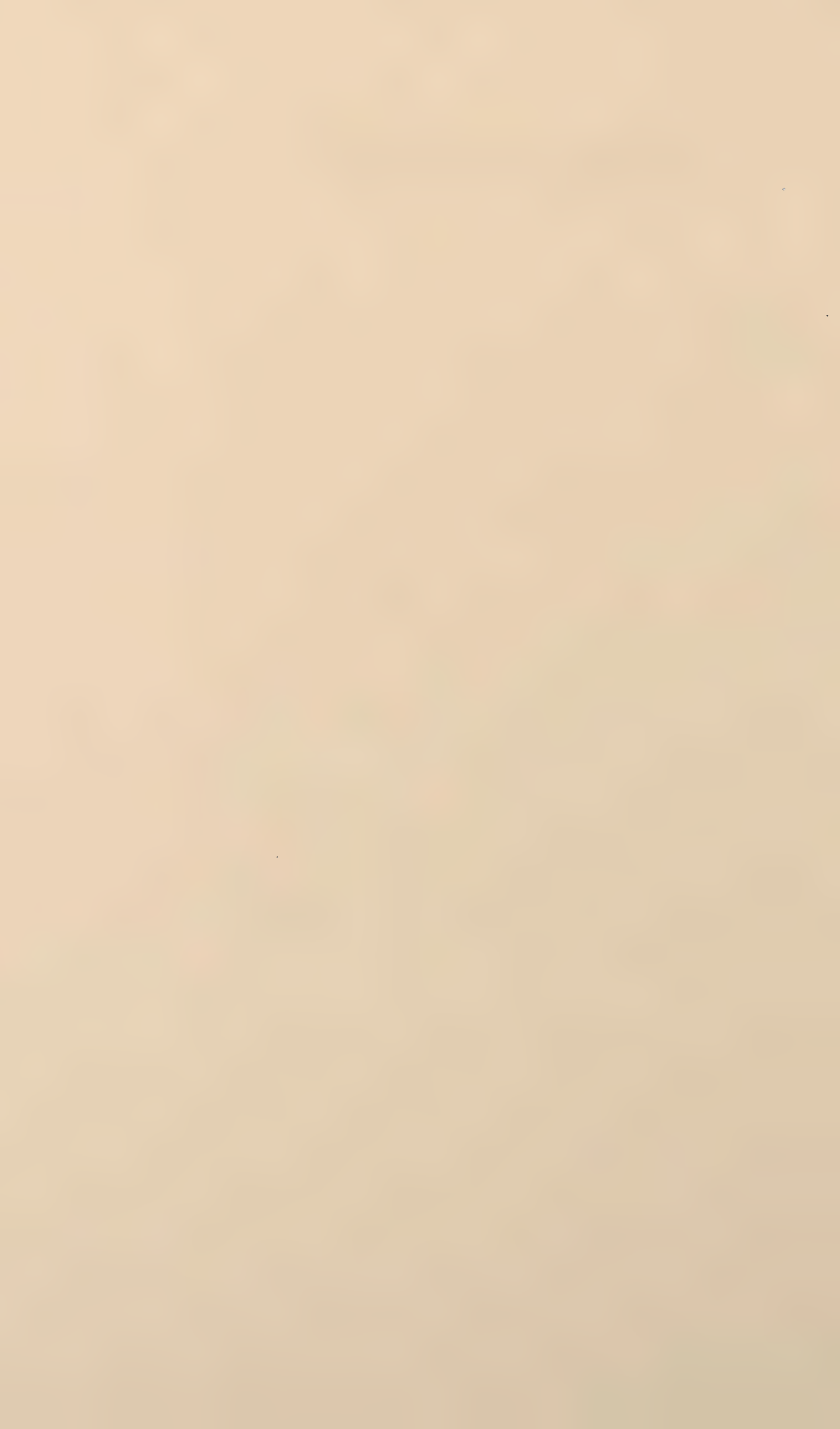




INTRODUCCION.

BUSCANDO para asunto de tesis algún padecimiento que se presentara con frecuencia entre nosotros y que me permitiera, tanto por su gravedad cuanto por la variedad en la manera de tratarlo por distinguidos médicos mexicanos y extranjeros, hacer siquiera algunas reflexiones, me ha parecido á propósito ocuparme del tratamiento de los abscesos hepáticos, con los que tienen que luchar muy á menudo nuestros médicos, á causa de su frecuencia en México.

El plan que me propongo seguir, es el siguiente: comenzaré por enumerar algunos signos importantes para diagnosticar el sitio del absceso, condición indispensable para llevar á cabo el tratamiento; en seguida mencionaré las indicaciones generales que deben llenarse en dicho tratamiento; hecho esto, expondré los principales medios empleados para llevarlo á cabo, y terminaré haciendo algunas reflexiones acerca de la oportunidad de estos medios, según las diferentes circunstancias en que se apliquen.





I.

De los signos físicos y racionales que, en los casos difíciles, pueden llevarnos al diagnóstico é ilustrarnos en el tratamiento.

NO entrando en nuestro plan el trazar un cuadro clínico completo de la hepatitis supurada, vamos únicamente á describir, aunque sea á grandes rasgos, ciertos signos que, además de servir para el diagnóstico, constituyen una buena guía para instituir un tratamiento apropiado.

Como la afección de que se trata, es un absceso, su síntoma caracterisco será la fluctuación: antes que el Sr. Jiménez, los autores se conformaban con buscar la fluctuación epigástrica que consideraban como patognomónica. Toca á nuestro sabio clínico el mérito de haber buscado y encontrado, al través de los espacios intercostales, la fluctuación que llamó perpendicular, y sobre cuya importancia insistía tanto en su clínica.

Para reconocer esta fluctuación, se coloca la yema del pulgar ó del índice, en uno de los espacios intercostales

y se deprimen los tejidos poco á poco, hasta tener una sensación de resistencia; entonces se retira el dedo lentamente, cuidando de tenerlo siempre en contacto con la piel. Esto se repite varias veces en el mismo punto; en seguida, en otro del mismo espacio, y así sucesivamente hasta recorrerlo en toda su extensión: si hay absceso, al deprimir los tejidos, se siente una blandura anormal, y al retirar el dedo, se percibe el choque de la onda líquida.

Es muy difícil percibir esta fluctuación perpendicular; para llegar á conseguirlo, se necesita mucho hábito y un tacto delicado, circunstancias magistralmente reunidas en nuestro gran clínico, el Dr. Jiménez, que poseía una habilidad especial para apreciar bien los resultados de esta maniobra.

A menudo sucede que, después de buscar la fluctuación según las reglas antes dichas, no se percibe absolutamente, ó si se logra encontrarla, es de un modo tan confuso que, á pesar de que los demás síntomas sean los de un absceso hepático, no queda uno seguro de la existencia de la supuración; en estos casos se llega á localizar el sitio del absceso, buscando lo que se llama el [illegible] del pus; para esto se hacen presiones sucesivas en los espacios intercostales, hasta encontrar un punto en donde el dolor llegue á su máximum de intensidad: generalmente á este nivel es donde se encuentra el absceso.

Es frecuente que la fluctuación y el máximum del dolor á la presión, coexistan en el mismo lugar; entonces el diagnóstico llega á un alto grado de perfección; pero si no se ha conseguido percibir la fluctuación, y existe tan sólo el dolor á la presión, este signo, unido á los

síntomas concomitantes, nos hará presumir con muchas probabilidades, la existencia de un absceso hepático.

¿Hay algún otro signo que, aun faltando los precedentes, pueda, cuando exista, conducirnos al diagnóstico? Entre nosotros ha llegado á un alto grado de perfeccionamiento este delicadísimo diagnóstico, y aun faltando los dos signos importantísimos de que hemos hecho mención, no se ha escapado á poderosas inteligencias y práctica profunda, como las de nuestro Profesor de Clínica el Dr. Carmona y Valle, llegar á formular este juicio:—Absceso de hígado. Al tratar de este asunto, dice, siempre que el caso lo requiere: Aun cuando falten la fluctuación y el dolor, como pasa algunas veces, hay con frecuencia un signo que ayuda á descubrirlos; este signo lo da la percusión, y consiste en la existencia de una eminencia de convexidad superior ó inferior, según el sitio del absceso, eminencia que se destaca perfectamente de la línea limítrofe ordinaria de la glándula: á este nivel se encuentra casi siempre el foco.

En una lesión, cuyo diagnóstico preciso suele ser tan difícil, se concibe la importancia que adquieren los datos enunciados. Ciertamente alguna ocasión podrán fallar; de todos modos, reducen notablemente los casos de error y aseguran, en la inmensa mayoría, la precisión apetecida para la intervención quirúrgica.

II.

Indicaciones generales en el tratamiento de los abscesos hepáticos.

CUANDO nos encontramos en presencia de un enfermo afectado de absceso de hígado, las indicaciones que debemos llenar, son las siguientes: 1ª Dar salida cuanto antes á la supuración. 2ª Evitar que el parenquima hepático siga destruyéndose, y 3ª Sostener lo mejor que se pueda, las fuerzas del enfermo.

Para satisfacer la primera indicación, es decir, para abrir el absceso, los cirujanos han empleado diversos métodos y procedimientos, que se han modificado sucesivamente con los progresos de la Cirugía: en el párrafo siguiente nos ocuparemos de los más importantes.

Se llenará la segunda indicación, cuyo objeto es resolver la atmósfera inflamatoria que rodea al foco, empleando los revulsivos, y en particular los amplios vejigatorios, repetidos con frecuencia.

La indicación más urgente, es indudablemente la de sostener lo mejor que se pueda, las fuerzas del enfermo, á fin de que pueda resistir á las enormes pérdidas que trae consigo el trabajo supurativo; lograremos, en cuanto sea posible, este objeto, prescribiendo un régimen

alimenticio, lo más reparador que se pueda, sin perder de vista el estado de las vías digestivas y sin olvidar lo nocivo del exceso de grasas ó especias en los alimentos. Así, se prescribirá de preferencia, leche, huevos tibios, consomé, aun algo de carne á la parrilla, y si el enfermo lo acostumbra, podrá tomar una pequeña cantidad de pulque ó cerveza, á la hora de comer. Respecto á la terapéutica, se basará esencialmente en el empleo de los tónicos, como el vino de quina, etc.

En los casos felices en que se logra que el enfermo entre en una convalecencia franca, le convendrán perfectamente los ejercicios moderados, las distracciones del campo; en suma, una buena higiene y un régimen analéptico y proporcional á sus fuerzas digestivas.

III.

De los principales métodos y procedimientos empleados por varios autores para vaciar los abscesos hepáticos.

Procedimiento de Begin.

BEGIN, por el temor de que el abrir el foco, el pus se precipitara á la cavidad del vientre, cortaba capa por capa, todo el espesor de la pared abdominal, hasta llegar á la hoja parietal del peritoneo; la dividía como en la operación de la hernia estrangulada, haciendo una punción por donde introducía una sonda acanalada, sobre la que deslizaba un bisturi ó unas tijeras para cortar la serosa en la misma exten-

sión que la pared abdominal. Curaba la herida á fondo, y á los tres ó cuatro días había ya, según él, adherencias suficientes para permitir llegar hasta el foco, sin temor de derrame peritoneal. El Dr. Graves, de Dublin, modificó este procedimiento, dividiendo únicamente la piel y las capas musculares subyacentes, sin tocar el peritoneo, y esperaba á que saliera el pus siguiendo la vía que el cirujano le había comenzado á trazar.

Procedimiento de Recamier.

Para llevarlo á cabo, aplicaba en el punto en donde se debía abrir el absceso, una pastilla de potasa cáustica; al cabo de cierto tiempo se formaba una escara que al caer, dejaba una pérdida de sustancia, en cuyo fondo colocaba otra pastilla que producía nueva escara con pérdida de sustancia, y así sucesivamente hasta llegar al foco.

Procedimiento del Dr. M. Jiménez.

En México, donde son tan frecuentes los abscesos hepáticos, nuestro sabio clínico Jiménez, fué el primero que empleó desde el año de 1852, la punción del hígado á través de los espacios intercostales, y obtuvo así resultados bastante satisfactorios.

Su manual operatorio era el siguiente: después de asegurarse, siempre que era posible, del sitio en que se percibía la fluctuación, hacía con la mano izquierda un pliegue en la piel, de modo que la yema del pulgar quedase en el punto por donde debía penetrar el tró-

car, y con la derecha introducía éste, de un golpe, hasta tener la sensación de una resistencia vencida; entonces quitaba el punzón, dejaba escurrir el pus por la cánula, y una vez vaciado el foco, la sacaba y cubría el punto puncionado, con cruces de malta. Esta precaución no era indispensable, puesto que al soltar el pliegue de la piel, se destruía el paralelismo entre la herida de ésta y la de las capas profundas.

Después de hecha la punción, aplicaba un vendaje apretado de cuerpo para favorecer hasta donde fuese posible la aproximación de las paredes del foco, condición indispensable en el tratamiento de todo absceso.

Tal era el procedimiento primitivo del Dr. Jiménez, que repetía tantas veces cuantas era necesario.

En el año de 1859, viendo que había casos en que era necesario repetir mucho estas punciones, lo cual no dejaba de desanimar á los enfermos, al grado de que algunos terminaban por rehusar la operación, pensó en hacer una modificación que consistió en dejar permanente la cánula para que el pus saliese á medida que se formaba, sirviéndole también para hacer por ella inyecciones detersivas ó irritantes.

Algunos años más tarde, el distinguido cirujano José Mª Vértiz, tuvo la feliz idea de modificarlo ventajosamente, sustituyendo el tallo rígido de la cánula por un tubo de canalización de Chassaignac, que se introducía por la misma cánula. El Sr. Jiménez, en vista de los buenos resultados obtenidos por esta modificación, no tardó en adoptarla, palpando él mismo sus inmensas ventajas.

Por último, el Dr. Clement introdujo en el foco, por aberturas distintas, dos tubos, uno superior y otro inferior; el primero, que estaba en comunicación con un recipiente lleno de agua, daba paso á este líquido, el cual llegaba al foco, lo lavaba continuamente y arrastraba sus productos de secreción que salían por el tubo inferior.

Punciones aspiradoras, simples ó seguidas de inyección.

Estas punciones se hacen casi del mismo modo que en el procedimiento del Dr. Jiménez, con la diferencia de que aquí no se hace pliegue en la piel, y de que, en lugar del trócar ordinario, se usa el de los aspiradores de Potain ó de Dieulafoy, cuya descripción omitimos por ser bastante conocidos. Diremos solamente, que nuestro distinguido profesor de Clínica interna, Sr. Dr. Mejía, ha sustituido el tubo rígido que hace comunicar el frasco con la cánula, por otro cuyas paredes son blandas, flexibles y pueden aplicarse perfectamente para borrar la cavidad de dicho tubo. Esta modificación, útil principalmente en los derrames de pecho, tiene la ventaja de no permitir extraer sino lo que debe sacarse, porque desde que la cavidad se ha vaciado por completo, ó cuando por falta de retracción en las paredes del foco, no puede sacarse más líquido sin grandes esfuerzos, las paredes del tubo se aplican hasta aplanarlo, é impiden que la aspiración siga ejerciendo su acción sobre el foco. Además, en los casos en que el trócar, sin encontrar cavidad, penetra única-

mente en el espesor del hígado, como las paredes del tubo son susceptibles de aplicarse hasta cerrar enteramente su luz, evitan que el vacío ejerza su influencia sobre el parenquima hepático.

Para determinar el punto por donde debe introducirse el trócar, se buscará el lugar en donde se perciba la fluctuación ó el máximum de intensidad del dolor á la presión; si estos signos faltan, no debe descuidarse buscar por la percusión, la eminencia que se nota frecuentemente al limitar el área mate del hígado, y de que ya hemos hablado en otro lugar.

Puede suceder que estos signos no se perciban, no obstante que el cuadro clínico presentado por el enfermo, sea el de un absceso hepático. En estas circunstancias el Dr. Mejía, (1) mucho antes que los autores extranjeros, ha sido el primero en mencionar varios datos que, si tomados aisladamente no tienen gran valor, reunidos nos permiten casi siempre llegar á encontrar el sitio del absceso y, por consiguiente, el de la punción.

Como estos datos son de mucha utilidad práctica creemos oportuno enumerarlos minuciosamente, tal como lo ha hecho su autor:

1º La experiencia de todos los prácticos, la enseñanza de las autopsias, nuestras observaciones mismas, vienen diciéndonos que los abscesos hepáticos se desarrollan de preferencia en el lóbulo derecho; que de esta gran porción del hígado, afecta muy comunmente el borde posterior.

---

(1) Segunda Memoria sobre abscesos de hígado, pág. 8.—1883.

2º Que los abscesos sobresalientes ó siquiera inmediatos al plano superior del hígado, hacen muy marcado el dolor del hombro derecho, mientras que los inmediatos á la cara cóncava ó plano inferior, tienen mayor eco sobre las funciones digestivas, á las cuales afectan notoriamente.

3º Que los vastos abscesos que ocupan una parte considerable del espesor del hígado, por lo común se acompañan de las dos manifestaciones citadas: punto doloroso del hombro y perturbaciones digestivas.

4º Que la matitez obtenida por la percusión, se investiga cuidadosamente hasta la línea axilar, despreciando por lo común la percusión hacia otras, que revela en muchas ocasiones la considerable altura del hígado, distinguiéndose de los derrames por los mismos medios que se emplean en la parte anterior.

5º Que esta matitez, si preocupa por su extensión, rarísima vez preocupa por su forma, y el hígado, como cualquiera otro tejido ú órgano que cría un absceso, no es extraño que se levante, haciendo marcada eminencia en el punto más saliente del foco.

6º Que la tendencia del absceso á existir en el borde posterior, y la no menos frecuente de abrirse á los bronquios, haciendo eminencia sobre la cara convexa, como tan seguido lo vemos en las autopsias, deja comprender que una percusión cuidadosa, pintando el límite de la matitez, tanto hacia adelante como hacia atrás, puede llegar á darnos en algunos casos, un indicio más seguro del punto que debe ser puncionado.

7º Que la coexistencia de dolor de hombro y per-

turbaciones digestivas, sin matitez de forma determinada, pero existiendo los síntomas bien conocidos que nos hacen creer en la realidad de un absceso, autorizan para practicar la punción, dirigiéndose hacia el centro del órgano.

Estos datos tan importantes para el diagnóstico y el tratamiento, no son infalibles, pero por lo menos, si se buscan minuciosamente, nos harán equivocarnos mucho menor número de veces, lo cual es siempre una gran ventaja y nos autoriza á tenerlos muy presentes.

Generalmente es preciso repetir la punción varias veces, pues si hay casos de curación con una sola operación, son tan raros, que la mayor parte de las veces se necesita recurrir á las punciones múltiples, por la reaparición del dolor del hombro, la calentura, los sudores; en suma, del cuadro clínico que caracteriza esta afección.

En los casos en que después de haber extraído el pus por la aspiración, se hace indispensable inyectar líquidos medicamentosos, se usa el mismo aparato de Potain, último modelo, que á la vez que aspirante, tiene una bomba impelente, por medio de la cual se hacen las inyecciones; el líquido inyectado permanece dentro de la cavidad del foco, unos diez ó quince minutos, al cabo de los cuales se extrae por nueva aspiración.

Canalización.

Aquí pueden presentarse dos casos: ó el absceso es tan superficial, que se perciba perfectamente la fluctuación é invite, por decirlo así, á intervenir, ó se encuen-

tra situado en el espesor del hígado. En el primero, después de haber hecho la punción con el trócar del aspirador, se sirve uno de él como de conductor para deslizar el bísturi y dividir de un golpe todo el espesor de las partes blandas, hasta llegar al foco. En el segundo, como el absceso está muy profundo, para evitar cualquier accidente, la prudencia exige que se diseque capa por capa, todo el espesor de los tejidos. Una vez abierto el foco por uno ú otro de estos procedimientos, se lava perfectamente con una solución antiséptica, hasta que las aguas del lavado no arrastren ya despojos hepáticos. Se introducen hasta el fondo uno ó dos tubos de canalización de Chassaignac, fijándolos con unos hilos al cuerpo del enfermo, y se hace la curación de Lister, ó bien se emplea la siguiente, que es menos costosa y da magníficos resultados: se aplica una planchuela de hilas empapada en una solución al milésimo, de sublimado corrosivo; encima, un pedazo de tela de salud ó de baudruche, mojado en la misma solución; por último, una capa gruesa de algodón salicilado y un vendaje de cuerpo. Esta curación se repetirá dos ó más veces al día, según la cantidad y calidad de la supuración.

Método de Stromeyer Little. (1)

Empleamos intencionalmente la palabra método y no la de procedimiento, porque la conducta recomen-

(1) Tomamos la descripción de este método de un trabajo del Dr. Mabboux, publicado en los números 5 y 6 de la Revista Quirúrgica de París, correspondiente al 10 de Mayo y 10 de Junio de 1887.

dada por Little, constituye una verdadera innovación en el tratamiento de los abscesos hepáticos. No se trata aquí de un procedimiento operatorio, sino de un conjunto de preceptos relativos á la investigación precoz del pus, á la creación rápida de una amplia vía de salida y á la desinfección del foco.

"Este método, dice Rochard, consiste en determinar "con toda la precisión posible, el sitio de la colección "purulenta; en comprobar el diagnóstico por medio de "la punción aspiradora, en servirse de la cánula como "de un conductor para abrir ampliamente el absceso "y vaciar su cavidad de todo lo que encierra; previnien-"do los accidentes consecutivos con las inyecciones an-"tisépticas, la canalización y la curación de Lister."

"Detengámonos un momento en cada uno de estos puntos para hacer resaltar lo que hay de nuevo y verdaderamente personal en este método.

"A.—*Investigación precoz del pus.*—Siendo el pus un huesped peligroso en el organismo, debe dársele salida cuanto antes, rodeándose de ciertas precauciones: este es un axioma de terapéutica quirúrgica. Hasta hoy no se había recomendado la intervención precoz en los focos intrahepáticos, y generalmente, para penetrar al hígado, se esperaba á que el absceso se revelase por signos subjetivos, como el empastamiento, el dolor fijo á la presión, la fluctuación. Si bien es cierto que mucho antes que Little, algunos médicos habían ido á buscar con un trócar fino, un absceso intrahepático revelado por signos generales, estos son hechos aislados de donde no se había sacado ningún precepto

terapéutico. Este es el primer cirujano que ha puesto como regla de conducta, desde que los signos generales hacen presumir la existencia de un absceso, el introducir en el hígado, á veces hasta una profundidad de siete á ocho centímetros, un trócar relativamen te grueso (tres milímetros) y no temer repetir las punciones hasta encontrar el pus ó cerciorarse de su ausencia. La prescripción es formal. Aquí no se trata de una exploración más ó menos indicada y dejada á la apreciación del cirujano. Esta investigación precoz del pus, hace parte integrante del método, es su primer tiempo y contribuye mucho al éxito de la operación.

"B.—*Abertura del absceso.*—La manera de conducir el bísturi, vistas las circunstancias particulares en que se interviene, constituye igualmente una innovación. Esta punción á lo largo de la cánula del trócar, seguida de una incisión franca que comprende la pared abdominal, el peritoneo y el hígado, es ciertamente una práctica atrevida, ó al menos, muy diferente de lo que se hacía hasta entonces.

Cuando los cirujanos habían tenido que abrir ampliamente con el bísturi, colecciones líquidas intrahepáticas, como abscesos ó quistes, cortaban capa por capa y hacían al mismo tiempo la hemostasis. Aquí no hay nada de eso; la incisión se hace de un golpe y comprende todo el espesor de las paredes; no se preocupa uno de la penetración de la sangre ó del pus á la cavidad del vientre; ni se toma ninguna precaución para impedirla; parece que el operador no la considera probable, ó que

cuenta con las precauciones de que se rodea para volverla inofensiva.

"C.—*Prácticas antisépticas*—Little insiste en la necesidad de observar rigurosamente todas las reglas del método de Lister, y no vacila en referir á esto los éxitos que al principio lo sorprendieron. Desde que empiece á salir el pus, se hará el lavado completo del foco, y en cada curación se harán inyecciones hasta que las aguas del lavado no arrastren ya despojos hepáticos. La curación es la de Lister: se comienza por cubrir la herida con protectivo, se sobrepone un número suficiente de capas de tarlatana mojadas en solución fénica, al cinco por ciento; y todo esto se cubre con un pedazo de mackintosh, suficiente para proteger la mitad del tronco. Esta curación se mantiene con una venda elástica que hace dos circulares, una superior y otra inferior, que sosteniendo sólidamente el aparato, permita el juego de la caja torácica.

"*Condiciones de la aplicación del método; ejecución de sus diferentes tiempos; consecuencias de la operación y cuidados consecutivos.*—Después de haber descrito el método á grandes rasgos, vamos á estudiar las condiciones en que debe aplicarse, y á insistir sobre algunos puntos del manual operatorio.

La operación en sí se compone de tres tiempos: punción, incisión y lavado del foco; pero el primer tiempo, es decir, la punción, constituye igualmente la primera parte del método, que es la investigación del absceso.

"A—*Punción.*—Debe ser precoz; desde que se puede presumir que existe un absceso, se necesita buscar-

lo; pero ¿en qué se apoyará esta presunción? ¿Qué es lo que guiará la mano del cirujano armada del trócar?

"*Signos de la presencia del absceso.*—No es aquí el lugar de hacer la sintomatología de la hepatitis supurada; se sabe que es muy difícil el diagnóstico de un foco intrahepático, y que pueden existir dolores muy vivos en el hipocondrio y el hombro, sin que haya absceso, mientras que se encuentran con frecuencia en las autopsias focos voluminosos, cuya existencia ni siquiera se había sospechado durante la vida. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el médico puede encontrar en los antecedentes del enfermo, en el cuadro sintomático, y sobre todo en los caracteres de la fiebre, elementos en que apoyar presunciones suficientes para intervenir mucho antes de que la pared abdominal por su empastamiento y abovedamiento, revele la existencia y el sitio del absceso.

"El mejor signo diagnóstico, es ciertamente la existencia del dolor fijo; unido á la fiebre remitente con exacerbaciones vespertinas, y al aumento de volumen del hígado, en un individuo afectado de disentería, ó que la tuvo poco antes, da una certidumbre suficiente é indica la existencia y el sitio del absceso.

"*Lugar de elección de la punción.*—A pesar de existir los signos generales que permiten sospechar la existencia de un foco profundo, el dolor fijo puede faltar. ¿Existen en estos casos lugares de elección por donde el trócar explorador pueda encontrar el pus con más probabilidades? Aquí pueden presentarse dos casos que comprenden todas las variedades de sitio: ó el absceso

que ocupa generalmente el lóbulo derecho, proemina hacia la cara convexa ó hacia la cóncava.

En el primer caso, la curva dada por la matitez y los signos por parte de la pleura, indicarán para el sitio de la punción los octavo y noveno espacios intercostales, sobre la vertical bajada del borde anterior de la axila. En el segundo, hay habitualmente irradiaciones dolorosas hacia la fosa iliaca, los vómitos son más frecuentes á causa de la vecindad del estómago, el aumento de volumen se hace más bien hacia abajo, y la presión determina fácilmente dolor. En cuanto á la frecuencia de la icteria por compresión de los gruesos canales excretores del hígado, no la hemos comprobado, y su valor diagnóstico es muy discutido. En este mismo caso, si faltan el empastamiento y la fluctuación profunda, se determinará el lugar de la punción por el sitio del dolor.

"*Punciones múltiples.*—Si faltan los signos dados por la fijeza del dolor y el estado de la piel, no hay realmente lugar de elección para introducir el trócar; pero la incertidumbre, respecto al sitio preciso del absceso, no tiene ningún inconveniente, porque pueden repetirse las punciones aun con un trócar de tres milímetros, sin hacer correr al enfermo ningún peligro; son absolutamente inofensivas y está en el ideal del método de Little, repetirlas hasta que se encuentre el pus ó quede uno cerciorado de su ausencia.

"*La punción no debe ser aspiradora.*—No es inútil insistir sobre este punto; el trócar no se emplea aquí como medio de evacuación, sino que tan luego como se

haya comprobado la existencia del pus, debe interrumpirse la aspiración, continuando con los demás tiempos del método.

Se observarán rigurosamente todas las precauciones destinadas á asegurar la antisepsia, como el aseo de la región, del trócar, etc., así como tanbién se mantendrá la atmósfera fenicada durante toda la operación.

"B.—*Incisión.*—Hemos dicho que lo que la caracteriza es el atrevimiento con que el cirujano desliza el bísturi á lo largo de la cánula del trócar y corta de un golpe todo lo que se encuentra entre el pus y el exterior. Dicha incisión debe tener, por lo menos, una extensión de seis centímetros para abrir una vía suficiente á las partes semisólidas del contenido del absceso.

"C.—*Evacuación y aseo del foco.*—Para facilitar la evacuación completa del pus, se introducen en la herida unas pinzas fuertes, cuyas ramas se separan, y al mismo tiempo se ejercen presiones á través de las paredes abdominales sobre la cara inferior del hígado."

"Esta práctica nos parece demasiado brusca y no está exenta de peligros; la separación forzada de las ramas de las pinzas y las fuertes presiones por la pared abdominal, constituyen un traumatismo no despreciable y cuya utilidad no está absolutamente demostrada, porque una herida de seis á ocho centímetros, aun cuando esté en la área de un espacio intercostal, ofrece una salida suficiente al pus y á los despojos hepáticos.

"En cuanto al lavado del foco con un tubo de caoutchouc introducido hasta el fondo, es una práctica buena porque facilita la salida de los grumos de pus y los

despojos del hígado y preserva al mismo tiempo las paredes del chorro, á veces brusco, del irrigador ó de la jeringa; únicamente se necesita que el tubo de irrigación no tape la herida, sino que deje á su rededor un espacio suficiente para que pueda establecerse una doble corriente: sólo con esta condición se asegurará la evacuación y el lavado del foco.

"D—*Inyecciones.*—Los cirujanos que temen que se produzca una ruptura de las paredes del foco, bajo el esfuerzo del líquido inyectado, han discutido mucho la oportunidad de las inyecciones. No creemos que sean fundados estos temores, pues no puede producirse semejante accidente, sino cuando la inyección se hace con demasiada brusquedad, y en tal caso, esta imprudencia no puede imputársele al método.

"Al contrario, nos parece que las inyecciones, lejos de ser nocivas, son útiles é indispensables, tanto para facilitar la salida de las partes sólidas, como para asegurar la desinfección; pero no se prolongará por mucho tiempo el uso de ellas, y se suspenderán desde que en las aguas del lavado no aparezcan ya despojos hepáticos. Se comprende, en efecto, que es más nocivo que útil reproducir diariamente una cavidad que tiende á borrarse.

"Respecto á la naturaleza del líquido, no puede fijarse regla invariable. Si se quieren seguir al pié de la letra las prescripciones de Lister, se empleará el ácido fénico; pero el título de uno por ciento indicado por Little, no puede adoptarse de una manera uniforme, pues Driout ha observado la coloración negra de las orinas,

acompañada de algunos síntomas de intoxicación, y estos accidentes han desaparecido desde que el título se ha llevado á la mitad.

"La elección del líquido debe depender únicamente de sus propiedades antisépticas, y por nuestra parte confiamos poco en el agua fenicada, cuya potencia germenicida, aun al uno por ciento, es tan discutible como es cierto su poder tóxico. Emplearemos de preferencia las soluciones de sublimado ó de cloruro de zinc, al menos durante los primeros días, es decir, hasta que no salgan ya despojos hepáticos.

"E.—*Curación.*—Little aplica rigurosamente la de Lister, y su conducta ha sido imitada por casi todos los cirujanos que han empleado su método. Es necesario tener cuidado de acortar el tubo, á medida que el fondo del foco se aproxima á la abertura; con este fin se comparará cada dos días la relación que hay entre la longitud del tubo y la profundidad de la cavidad, y se cuidará de no llevarlo nunca hasta el fondo para no interrumpir la retracción de las paredes y su afrontamiento.

"*Consecuencias operatorias inmediatas.*—Se debe entender por esto, los síntomas locales y generales que se observan durante los primeros días, es decir, durante el tiempo en que se puede temer la peritonitis por penetración del pus. Estas consecuencias están indicadas someramente en la mayor parte de las observaciones; pues los operadores se han limitado á señalar la ausencia de fiebre y la marcha regular de la herida, sin reacción inflamatoria de parte de la serosa. En

cuanto á los únicos dos casos seguidos de muerte rápida, la auptosia ha demostrado, en uno, la ausencia de peritonitis, y en el otro, el del Dr. Verón, la peritonitis mortal fué causada por una intervención imprudente.

Se puede pues, decir, que en los casos ya numerosos en que se han abierto los abscesos hepáticos por la incisión directa antiséptica, las consecuencias operatorias han sido bastante satisfactorias.

"*Duración de la cicatrización.*—Es mucho menor que en los casos más favorables que se registran en los métodos antiguos: en las diversas observaciones, cuya relación completa hemos podido procurarnos, esta duración ha variado de veinte días á seis semanas y la media para llegar á la oclusión definitiva de la herida, ha sido de treinta días.

"*Reincidencias.*—Se ha dicho que con el método de Little se pone uno al abrigo de las reincidencias. Para poder emitir una opinión verdaderamente autorizada, acerca de este asunto, se necesitaría un número de hechos muy superior al de las observaciones publicadas. Todo lo que podemos decir en los estrechos límites en que hemos podido hacer nuestras investigaciones, es que en las observaciones que hemos reunido, hay dos ejemplos de reincidencia después de la cicatrización completa.

"Se comprende á priori que la incisión amplia, combinada con el uso de las prácticas antisépticas, hasta que cierre la herida, da las mayores probabilidades de una obliteración completa del foco, pues así se coloca uno en las mejores condiciones posibles. En cuanto

5

á las reincidencias, cuando el éxito corona á la segunda operación, es muy difícil saber si se trata del mismo foco cuyas paredes se habían separado para secretar de nuevo pus, ó si se ha encontrado uno en presencia de otro absceso, situado cerca del primero y debido á la persistencia ó á la reaparición de las mismas causas.

"*Resección de las costillas.*—Las dimensiones del foco, pueden ser tan considerables, que para ayudar al afrontamiento de sus paredes, el único recurso sea la operación que Estlander ha aplicado á los casos de empiema, y que consiste en resecar una ó varias costillas, ya para hacer al foco accesible á una curación aséptica lo más perfecta posible, ya para ayudar, como decíamos, á la retracción de sus paredes, incapaz de hacerse ni aun medianamente por el lado del tórax, sin la supresión de alguna parte del esqueleto, que es lo que le da la rigidez. Tal fué lo que hizo, el 27 de Marzo del presente, el Jefe de Clínica de 5º año Sr. Dr. Ignacio Berrueco, en el enfermo que ocupaba la cama número 26 de dicha clínica. Después de extraer cinco mil gramos de pus por la punción, las dimensiones tan considerables del foco y la fractura patológica de dos costillas, hicieron pensar que lo más conveniente era esta operación. No la describiremos minuciosamente por no ser demasiado difusos, conformándonos con señalarla como un buen recurso en los casos en que abscesos enormes han devorado la mayor parte de la glándula.

IV.

De los procedimientos operatorios más convenientes para obtener mejores resultados.

Para poner cierto orden en la apreciación de las ventajas é inconvenientes que presentan los procedimientos que hemos descrito, los dividiremos en cinco grupos que analizaremos sucesivamente.

"*Primer grupo.*—Este grupo comprende el procedimiento de Begin y el de Recamier. Su ideal consiste en provocar una inflamación adhesiva de la serosa, al nivel del punto en que se debe abrir el absceso, con el fin de evitar el derrame de pus en la cavidad peritoneal; pero en cambio de esta supuesta ventaja, estos procedimientos tienen varios inconvenientes. En primer lugar, no está en la mano del cirujano el poder localizar la inflamación adhesiva, que puede pasar de los límites deseados, con grave perjuicio para el enfermo; además, no siempre se consiguen las adherencias, pues como dice Verneuil, "hay individuos cuya potencia plástica es poco considerable, y en quienes las aplicaciones aun más metódicas de los cáusticos, no llegan á establecer adherencias entre el peritoneo parietal y el visceral; y aun cuando se consigan, puede suceder que no sean bastante resistentes para que después de abierto el foco dejen de ceder á la retracción de sus paredes y sobrevenga el accidente que se trata de evitar, el de-

rrame de pus en el peritoneo. (1) Hasta en los casos en que estas adherencias con la pared abdominal son bastante resistentes, presentan á veces el defecto de fijar al hígado en una situación tal, que después de vaciar el foco, impiden la aproximación de sus paredes, y por consiguiente la cicatrización. (2)

Para que el procedimiento de Begin, que llamaremos de las adherencias rápidas, tuviera éxito, sería preciso que el hígado elevase fuertemente la pared abdominal, á fin de que al hacer la incisión de ésta, la glándula se precipitara, por decirlo así, á través de dicha incisión, y mantuviera en contacto las dos hojas peritoneales, pues sólo así se conseguirían las adherencias deseadas.

El procedimiento de Recamier, ó de las adherencias lentas, tiene además el defecto de su larga duración, que hace perder un tiempo precioso, durante el cual, el pus sigue destruyendo el parenquima hepático, y aun puede abrirse paso por otra vía.

Creemos, pues, que las razones anteriores justifican el abandono de estos procedimientos, que en México se han relegado al olvido de muchos años atrás.

"*Segundo grupo.*—A este grupo corresponden las punciones por el procedimiento nacional del Dr. Jiménez, ó por el método de la aspiración y la canalización.

El procedimiento del Sr. Jiménez marcó un gran progreso en el tratamiento quirúrgico de los abcesos

---

(1) El Dr. Brasseti, en su tesis inaugural, refiere un caso de ruptura de estas adherencias seguido de peritonitis rápidamente mortal.

(2) El Dr. Miguel Jimènez, en sus clínicas, citaba varios hechos de esta especie

que nos ocupan. Siguiendo los preceptos de nuestro gran clínico, se tenían las siguientes ventajas: en primer lugar, buscando la fluctuación perpendicular por los espacios intercostales, se diagnosticaba el absceso, mucho antes de que se revelase por la fluctuación epigástrica, (condición indispensable para aplicar los procedimientos anteriores); por consiguiente, se podía intervenir más pronto y evitar así los inconvenientes del retardo de la operación. Otra ventaja consistía en permitir la intervención *sin preocuparse de las adherencias*, pues el Sr. Jiménez, en los numerosísimos casos en que empleó su procedimiento, jamás tuvo que lamentar accidente alguno por parte del peritoneo, pues si bien es cierto que en algunos casos era evidente la existencia de las adherencias, en cambio hubo muchos en que durante la vida ó en las autopsias, se comprobó su ausencia completa, y á pesar de esto, jamás sobrevino derrame peritoneal.

Las modificaciones hechas al procedimiento primitivo del Sr. Jiménez, y que consistieron principalmente en canalizar el foco con un tubo de Chassaignac, hicieron dar un paso más en la terapéutica de los abscesos hepáticos; y si se comparan los resultados obtenidos por este procedimiento, sobre todo, después de haberlo modificado con los procedimientos anteriores, se deduce que el nacional es más ventajoso y que honra con justicia á su autor.

La punción aspiradora simple, se refiere perfectamente al procedimiento del Sr. Jiménez, con la ventaja de impedir con toda seguridad, la entrada del aire al foco.

Creemos que para tener probabilidades de curar un absceso, por la punción aspiradora simple, se necesita: 1° Que el foco sea de mediana magnitud y no contenga colgajos gangrenosos. 2° Que no haya adherencias que se opongan al afrontamiento perfecto de sus paredes, condición *sine quâ non* de su cicatrización. Pero esta punción se emplea casi siempre que se trata de un absceso hepático, y según los resultados obtenidos, nos indica si basta ella sola para obtener la curación, ó si es preciso recurrir á otros medios.

A propósito de las punciones, se presenta la cuestión siguiente: ¿Deben puncionarse todos los abscesos hepáticos? Hay casos en que la punción está plenamente justificada; por ejemplo, cuando el absceso tiene tendencia á abrirse por la pared costo-abdominal, debe intervenirse cuanto antes. Lo mismo sucede si el absceso se ha abierto en la pleura ó en cualquiera otra cavidad cerrada; pero cuando la comunicación se hace con órganos que, como los bronquios, el estómago, los intestinos, etc., están en relación directa con el exterior, los autores no están de acuerdo, y mientras que unos proponen la intervención, otros prefieren la expectación.

Los partidarios de la intervención se fundan en que, si es cierto que hay varios casos de curación abandonando á los enfermos á los únicos esfuerzos de la naturaleza, también lo es que no se consigue semejante resultado sino á costa de grandes pérdidas de tejido hepático y de un agotamiento muy perjudicial para el enfermo.

Los que se inclinan á la expectación se apoyan en las razones siguientes: 1ª. Cuando el absceso es pequeño y no se ha podido precisar bien su sitio, se expone uno á hacer una punción en blanco, como la llamaba el Dr. Jiménez, la cual, si no tiene inconvenientes, es siempre una molestia para el enfermo, y causa al médico, y sobre todo, á la familia del paciente, cierto desagrado que debe evitarse hasta donde sea posible. 2ª. Se ha observado que cuando el absceso comunica con los bronquios, el pus no se descompone, tal vez, dice el Dr. Carmona, porque el aire se purifica, se limpia de los gérmenes septisémicos al atravesar por los numerosos canales sinuosos que constituyen los bronquios. 3ª. Hay muchos casos de curación de abscesos abiertos por los bronquios y en los cuales no se ha intervenido, mientras que es muy rara en aquellos en que se ha hecho la punción, estando el absceso en relación con los bronquios, pues casi todos los enfermos sucumben á los accidentes septisémicos. El Dr. Mejía que participa de esta opinión, dice que esto no se prueba sino con la estadística, y la que él posee hasta hoy, habla muy alto en su favor.

El Dr. Carmona cree que hay casos en que aun cuando el absceso esté abierto en los bronquios, debe puncionársele. En una lección clínica sobre abscesos hepáticos, dada en el Hospital de San Andrés, decía: "Ciertamente, cuando el absceso es pequeño y está situado profundamente, es muy difícil dirigir el trócar hacia ese punto; pero precisamente en estos casos no hay necesidad de intervenir; el pus se vacía fácilmente

y el absceso se cura casi siempre." Como se ve, cree que está contraindicada aquí la punción. En seguida añade: "pero en las condiciones opuestas, cuando el absceso es vasto y ocupa la mayor parte del espesor de la glándula, aun cuando de hecho esté en comunicación, será imposible que se vacíe en totalidad: la abertura pleural está en la parte superior, y esta condición física lo impide." Por consiguiente, para vaciar completamente el foco é impedir que la glándula siga fundiéndose, será preciso hacer cuanto antes la punción.

La canalización estará indicada principalmente, cuando después de haber hecho la punción se note que el foco es muy vasto, y que por consiguiente, habrá muy pocas probabilidades de que se cure por la punción simple.

"*Tercer grupo.—Punción aspiradora seguida de inyección.*—Esta práctica constituiría realmente otro método sobre el cual no nos extendemos por ser poco usado entre nosotros, pues la única vez que lo hemos visto aplicar, ha sido sin éxito. Sus indicaciones serían un pus mal ligado, más ó menos fétido, etc.; pero de todos modos, algunos otros procedimientos ofrecen mayores ventajas, y preferiremos ocuparnos de ellos con más extensión.

"*Cuarto grupo.*—En este grupo colocamos el método de Stromeyer Little.

En México son todavía muy pocos los casos en que se ha empleado este método, y por consiguiente, no podemos juzgarlo sino basándonos en observaciones de autores extranjeros. Analizaremos pues, sus pun-

tos capitales para apreciar sus ventajas é inconvenientes, y fundándonos en estas apreciaciones, emitiremos nuestro juicio acerca de este método.

Lo que lo caracteriza esencialmente es: 1º La intervención precoz. 2º La abertura directa y amplia del foco, sin preocuparse de las adherencias; y 3º La observación rigurosa de las prácticas antisépticas.

Creemos como el autor del método, que la intervención precoz es muy ventajosa, pues operando á tiempo el enfermo, que todavía no se agota, puede resistir con mayores probabilidades de éxito, que cuando se interviene en un período avanzado de la enfermedad. Además, el foco cuyas dimensiones son aún relativamente pequeñas, y cuyas paredes no han tenido tiempo de ponerse duras y rígidas, se encuentra así en mejores condiciones para su cicatrización, que cuando el pus ha destruido una gran parte de esta glándula cuyas funciones son tan indispensables para la conservación de la vida. Así pues, esta condición es muy importante para obtener resultados favorables; pero en lo que no estamos conformes, es en que Little haya sido el primero en intervenir precozmente; pues precisamente una de las ventajas del procedimiento del Sr. Jiménez, consistía en operar mucho antes de que el absceso se revelase, como dice Mabboux, por el empastamiento, el abovedamiento y la fluctuación de la pared abdominal. Además, los signos de presunción de la existencia del absceso en que se funda Little para proceder á la punción, y que no mencionamos de nuevo á fin de evitar repeticiones, no son sino una parte de los que el Dr. Mejía

ha descrito magistralmente (sin haber tenido la menor noticia del método de Little) y que hemos mencionado al ocuparnos del lugar de elección de la punción aspiradora.

Al tratar Mabboux del síntoma *icteria*, dice que su valor diagnóstico es muy discutido. En México, el Dr. Mejía, en las memorias de que ya hemos hecho mérito, concluye en la ausencia de icteria en los casos de abscesos legítimos del hígado. Si bien es cierto que en la mayor parte de los abscesos de hígado se presenta el cuadro clínico siguiente: falta de icteria, foco único, raras veces dos ó tres, pus espeso, mezclado con una buena cantidad de sangre que le da un aspecto achocolatado y revelando al microscopio la degeneración gránulo-grasosa del Dr. Carmona, cuadro que caracteriza perfectamente á la hepatitis parenquimatosa circunscrita aguda; hay varios casos de abscesos en que la icteria es constante, el pus bien ligado, blanquisco ó blanco verdioso, no acusa la degeneración gránulo-grasosa y los focos son tan numerosos, que criban el parenquima hepático: estos síntomas son, pues, muy distintos de los anteriores, y como no hay razones para que el tejido insterticial del hígado no pueda inflamarse de una manera aguda y supurante, el Dr. Mejía los refiere á una forma de hepatitis, que denomina: *hepatitis intersticial aguda.*

Reasumiendo las ideas de nuestro profesor, formularemos las proposiciones siguientes:

I. En la hepatitis parenquimatosa aguda, circunscrita, no hay icteria, y el absceso es casi siempre único.

II. En la hepatitis intersticial aguda, del Dr. Mejía, la icteria es constante y los abscesos múltiples.

La manera de abrir el foco constituye realmente la parte más importante del método; la punción exploradora sólo sirve para comprobar el diagnóstico, y una vez comprobado, se divide ampliamente y sin temor, todo el espesor de los comprendidos entre la piel y la pared del foco.

¿Porqué haciendo esta incisión amplia y directa no sobreviene peritonitis?

En las veintitres observaciones que Mabboux refiere, sólo se registra un caso de peritonitis que sobrevino, no inmediatamente después de la operación, sino hasta el tercer día, y coincidió con una contra-abertura hecha ese mismo día; de suerte que tal vez puede imputarse el accidente á la segunda operación. En las demás observaciones no se menciona ningún síntoma de peritonitis, y aunque es probable que en algunas hayan existido adherencias peritoneales, en cuyo caso se puede decir con Blot, que Little ha sido más feliz que sabio, y que el éxito de sus operaciones aventuradas, dependía de que había encontrado adherencias protectrices; hay otras en que dichas adherencias han faltado enteramente, como sucedió en un enfermo operado por el Dr. Mabboux, en el Hospital de Lille; pues después de haber hecho una incisión de ocho centímetros de longitud, al mismo tiempo que salió el pus, se produjo una hernia epiploica, que no hubiera podido producirse, si el hígado hubiera estado adherido á la pared del vientre.

En estos casos, para explicar la falta de peritonitis, no pueden invocarse las adherencias protectrices, y la indiferencia del peritoneo dependerá únicamente, ó de que el pus no penetre realmente á su cavidad, ó de que si penetra, las prácticas antisépticas vuelven inofensiva dicha penetración. Esta última explicación no es satisfactoria, pues una vez infiltrado el pus entre las asas intestinales, sería muy difícil que los vapores de ácido fénico, pudieran ir á neutralizar su acción irritante sobre el peritoneo, tanto más, cuanto que á las pocas horas de haber hecho la operación, comienzan á establecerse las adherencias, que impiden necesariamente el paso de dichos vapores. Queda, pues, como única explicación, la no penetración del pus: la manera de abrir el foco, es más favorable para que se escurra al exterior en lugar de penetrar al peritoneo. En efecto, al hacer la incisión amplia, como las dos hojas peritoneales no tienen tendencia á separarse, permanecerán naturalmente en contacto; además, el pus, impulsado por la retracción de las paredes del foco y por la presión que ejercen sobre el hígado las demás vísceras abdominales, seguirá el camino más fácil, es decir, que escurrirá por la vía amplia y directa que le trazó el cirujano, en vez de ir á separar las hojas de la serosa. En apoyo de esta explicación, el Dr. Mabboux da las razones siguientes: 1ª La ausencia de peritonitis en todos los operados por este método. 2ª Los casos de curación sin peritonitis, de heridas penetrantes de vientre, complicadas de la abertura de las vísceras huecas del abdomen y de la salida inmediata de su contenido.

3ª La insuficiencia de las adherencias. Ya hemos dicho que el Dr. Brasseti refiere un caso de ruptura de estas adherencias, seguida de peritonitis rápidamente mortal.

Las prácticas antisépticas son muy útiles para evitar, no precisamente la peritonitis por penetración, sino los accidentes séptico-piohémicos, que antes de su empleo hacían sucumbir á la mayor parte de los operados. Su uso no es nuevo para nosotros, pues ya hace muchos años que se emplean en todos los enfermos tratados por la canalización.

La única novedad del método de Little, consiste en la abertura amplia y directa del foco, sin tomar ninguna precaución, pues como lo hemos dicho ya, hace mucho tiempo que se usan en México la intervención precoz y las prácticas antisépticas. Creemos que en ciertas circunstancias, esta abertura, por más que no determine peritonitis, tiene sus inconvenientes; así, cuando el foco esté situado profundamente en el espesor del hígado, ¿podrá hacerse impunemente en esta glándula tan vascular, una incisión de seis á ocho centímetros de longitud y de una profundidad considerable? Indudablemente que en estos casos puede sobrevenir una hemorragia parenquimatosa, tanto más peligrosa cuanto que es muy difícil de contener: este accidente sobrevino en uno de los enfermos operados en el Hospital de San Andrés, por el Dr. José Terrés; la hemorragia fué bastante abundante para comprometer la vida del enfermo.

Si el foco, sin ser central, ocupa el borde posterior

del hígado, lo que es frecuente, no puede alcanzarse por la parte anterior, sin dividir un espesor enorme del hígado, ni por la posterior, sin correr el riesgo de abrir la pleura, antes de llegar al foco.

En los casos de abscesos múltiples, consecutivos á la hepatitis intersticial aguda, este método, como cualquiera otro, fallará necesariamente, pues es imposible llegar á vaciar todos los focos.

Creemos, pues, que este método no debe aceptarse, á ejemplo de Mabboux, como tratamiento general de los abscesos, y que la situación del foco, en el centro de la glándula, ó en su borde posterior, así como los casos de abscesos múltiples consecutivos á la hepatitis intersticial aguda, son contraindicaciones formales para ponerlo en práctica.

Quinto grupo.—La operación de Estlander que colocamos en este grupo, es útil en el sentido de que contribuye á aplicar las paredes del foco, para favorecer su cicatrización; pero como se emplea en circunstancias en que la mayor parte del hígado se ha fundido, y como por otra parte, la supresión de las funciones múltiples de esta víscera es incompatible con la vida, resulta que á pesar del éxito operatorio, es casi imposible conseguir la curación.

CONCLUSIONES.

I. La abertura de los abscesos hepáticos, por los procedimientos de Begin y de Recamier, debe desecharse por completo.

II. La punción sucesivamente perfeccionada desde que la aplicó el Dr. Jiménez, hasta nuestros días, en que se hace con los aparatos de aspiración, constituye un buen método de tratamiento y el que debe forzosamente preceder á cualquiera otro que intente plantearse.

III. Ofrece poco atractivo y parece de indicaciones muy restringidas, la punción seguida de inyección.

IV. El método general de canalización y sus diversos procedimientos, dan por lo común buenos resultados, con la condición de elegir los más adecuados al caso que se presente.

V. La incisión directa antiséptica, por el método de Stromeyer Little, halla indicación precisa en los abscesos de la hepatitis parenquimatosa aguda circunscrita, superficiales y situados, ya sea en el epigastrio, ya en en el borde costal derecho ó cerca de él.

VI. La situación profunda del absceso en el centro del hígado, ó en su borde posterior, así como la existencia de abscesos múltiples consecutivos á la hepatitis intersticial aguda, son contraindicaciones formales al método de Stromeyer Little.

VII. La operación de Estlander es util, porque favorece la aproximación de la pared costal al fondo del foco.

FIN.

